

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :

Paris et Départements 7 fr.
Étranger 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN
Professeur agrégé,
Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

E. BONNAIRE
Professeur agrégé,
Accoucheur des hôpitaux.

DE LAVARENNE
Médecin des Eaux de Luchon.

L. LANDOUZY
Professeur de thérapeutique,
Médecin de l'hôpital Laennec,
Membre de l'Acad. de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

M. LERMOYER
Médecin des hôpitaux.

H. ROGER
Professeur agrégé,
Médecin des hôpitaux.

L. OLIVIER
Docteur ès sciences.

Tout ce qui concerne la Rédaction
doit être adressé à

M. LE D^r DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Les communications verbales sont
reçues les lundi et vendredi

De 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

LES PARASITES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE,
par M. F. JAYLE. CLXXX

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine : Avantages de la suture intra-vésicale dans les fistules vésico-vaginales non opérables par le vagin. M. DUPLAY. — Rapport sur le service des épidémies. M. DUGUET. — Rapports sur les prix de l'Académie. MM. PÉAN, BERGER, CHARPENTIER, LANDOUZY. CLXXXIX

Société de Biologie : A propos des remarques de M. Féré sur les phénomènes héréditaires. MM. GLEY et CHARRIN. — De l'évocation spontanée des images auditives verbales chez les aphasiques moteurs. MM. THOMAS et ROUX. — Essai sur la psychologie des associations verbales et sur la rééducation de la parole dans l'aphasie motrice. MM. THOMAS et ROUX. — Remarques sur le traitement pédagogique de l'aphasie motrice. M. CH. FÉRÉ. — Fermentations provoquées par le pneumobacille de Friedlander. M. L. GRIMBERT. — Influence du système nerveux sur l'action anticoagulante des injections intravasculaires de peptone chez les chiens. M. CH. CONTEJEAN. — Du sang défibriné comme milieu de culture. MM. A. GILBERT et L. FOURNIER. CLXXX

Société anatomique : MM. GRENET, TUPPIER et POUQUET, POIRIER, APERT, CHARRIN, PETIT, PASTEAU, HAMANT, PARMENTIER, MARIEN et LEGUEU, DOMINICI, SOULIGOUX. CLXXXI

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie : Hydrocystome. M. THIERCE. — Un cas de laderie. M. J. DARIER. — Epydidymite syphilitique secondaire. M. DARIER. — Gomme du vagin. M. FOURNIER. M. BARTHÉLÉMY. — Syphilis héréditaire à la deuxième génération. M. GASTOU. MM. JACQUET, VERCHÈRE, FOURNIER, DU CASTEL. — Maladie de Paget. M. DU CASTEL. MM. DARIER, L. WICKHAM. — Sur une ichthyose avec hypertrophie simulant une sclérodémie. MM. HALLOPEAU et E. JEANSELME. MM. BROCC, THIÉRIER. — Traitement du psoriasis du chancre simple par la solution forte de tartrate ferri-potassique. MM. HALLOPEAU et MACRET. — Pratique courante des injections de calomel. M. H. FEULARD. — Note sur un procédé propre à l'hématologie et à l'hématothérapie. M. L. JULLIEN. CLXXXII

Sociétés étrangères : Allemagne, Autriche, Russie, Angleterre. CLXXXIII

FORMULAIRE PRATIQUE

Broncho-pneumonie chez les enfants. — Sciaticque. — Douleurs névralgiques. — Polydipsie diabétique. — Coqueluche. — Ménorrhagies. CLXXXIII

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie humaine publié sous la direction de M. PAUL POIRIER. CLXXXIII

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 27 novembre 1895, à 1 heure. — M. NUYTS : De l'arthrite alvéolo-dentaire et en particulier de l'arthrite consécutive à la carie; MM. Straus, Landouzy, Gilles de la Tourette, Vidal. — M. BOUTRY : De la pneumonie disséquante; MM. Straus, Landouzy, Gilles de la Tourette, Vidal. — M. SOKOLNIK : La splénomégalie pendant la période secondaire de la syphilis; MM. Landouzy, Straus, Gilles de la Tourette, Vidal.

Judi 28 novembre 1895, à 1 heure. — M. SCÉMANEA DE GIALLOUZY : Sur le traitement des tumeurs épithéliales par les injections sous-cutanées; MM. Laboulbène, Debove, Gilbert, Achard. — M. BÉROS : De l'ictus laryngé essentiel; MM. Debove, Laboulbène, Gilbert, Achard.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 25 novembre 1895. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, André. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Pinard, Delbet, Walthier. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Lejars, Broca. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Gaucher, Vidal.

Mardi 26 novembre 1895. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Guyon, Bar, Albarran. — 5^e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Panas, Nélaton, Hartmann. — 5^e (Deuxième partie) Charité (1^{re} série) : MM. Jaccoud, Debove, Marfan. — 5^e (Deuxième partie) Charité (2^e série) : MM. Raymond, Hutinel, Charrin.

Mercredi 27 novembre 1895. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Poirier, Broca. — 2^e Oral (Première partie) : MM. Reclus, Retterer, Sebileau. — 2^e (Deuxième partie) : MM. Ch. Richet, Weiss, Wurtz. — 5^e (Première partie), Obstétrique (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Tuffier, Varnier.

Judi 28 novembre 1895. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Berger, Thiery. — 3^e Oral (Première partie) : MM. Duplay, Maygrier, Poirier. — 3^e (Deuxième partie), MM. Joffroy, Raymond, Roger.

Vendredi 29 novembre 1895. — 4^e MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5^e (Première partie) Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Reclus, Ricard. — 5^e (Deuxième partie), Charité (1^{re} série) : MM. Potain, Gaucher, Wurtz. — 5^e (Deuxième partie) Charité (2^e série) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette, Thoinot.

Samedi 30 novembre 1895. — Dissection : MM. Farabeuf, Poirier, Thiery. — 3^e (Deuxième partie) : MM. Debove, Gilbert, Marfan. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu (1^{re} série), MM. Cornil, Marie, Menetrier. — 5^e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu (2^e série) : MM. Raymond, Hutinel, Chantemesse. — 5^e (Première partie), Obstétrique, Clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

COLLÈGE DE FRANCE

MM. les lecteurs et professeurs ouvriront leurs cours le lundi 2 décembre 1895.

Médecine. — M. d'ARSONVAL, membre de l'Institut, traitera des applications médicales de l'électricité, les mercredi et vendredi, à 3 heures.

Histoire naturelle des corps organisés. — M. FRANÇOIS-FRANCK, suppléant M. MAREY, exposera la Critique expérimentale des travaux publiés sur l'innervation des vaisseaux sanguins, les mercredi et vendredi, à 4 heures.

Embryogénie comparée. — M. HENNEGUY, remplaçant M. BALBIANI, traitera de la Genèse des éléments reproducteurs, les mercredi et samedi, à 2 heures.

Anatomie générale. — M. RANVIER, membre de l'Institut, fera l'Etude expérimentale de la régénération des tissus, les mercredi et vendredi, à 2 h. 1/2.

Psychologie expérimentale et comparée. — M. PIERRE JANET, suppléant M. TH. RIBOT, traitera des Conditions psychologiques de la personnalité, les lundi et vendredi, à 3 heures.

HOPITAUX

Concours de l'Internat. — Ont obtenu :

ANATOMIE.	
MM. Gabriel Sicard 40	MM. Ferron 44
Wahl 7	Castan 7
Lucien Roques 43	d'Herbécourt 13

MM. Dartigues 15	MM. Rastouil 13
Minet 9	Chastanet 12
Keim 14	Louis Leroy 8
Bigart 13	Mettetal 13
Paquet 10	Louis Moret 11
Luys 14	Turner 14
Benjamin Weill 12	Souberbielle 5
Maréchal 7	Bonnel 13
Alfred Martinet 10	Auditière 6
Jalaguier 10	Adrien Mauger 13
Tissier 14	Audion 13
Chauveau 5	Natlan 11

PATHOLOGIE.

M. Audhoui s'étant retiré du jury, les séances ont repris hier mardi.

MM. Lustgarten 10	MM. Jeannulatos 6
Chalochet 11	Deroyer 12
Richelet 9	Rebreyend 14
Cadol 13	Lagrange 9
Costin 9	Morin 11
Gibert 13	

Concours de l'Externat. — Ont obtenu :

ANATOMIE.

Séance du 17 novembre.

Artère sous-clavière.

Les candidats enfermés dans la salle d'attente ayant eu connaissance de la question sortie de l'urne, la séance du dimanche 17 novembre est annulée, sauf pour M. Bertrand, premier candidat appelé, qui a obtenu la note (1).

Séance du 18 novembre.

Os maxillaire supérieur.

MM. Bobo 14 1/2	MM. Beauvois 7
Maur. Bloch 12	Alquier 18 1/2
Berton 15	Paul Blondin 16
Bournisien de Valmont 10	Achille Audy 8
Ambard 8	Bégué 7
Bergouignan 13	Mme Bouillet 7
Bodin 8	Bousquet 12
	Berthier 4

PATHOLOGIE.

Séance du 14 novembre.

Oreillons.

Voir les notes dans le n° du 16 novembre.

Séance du 16 novembre.

Complications et traitement des fractures compliquées de la jambe.

MM. Verjus 7	MM. Renault 4
Vangeon 17	Pissot 1/2
Rutten 6	Pinault 10
Mlle Pariselle 14 1/2	Pompeani 6
Constant Val-lée 4	Léon Renault 13
Méheut 15 1/2	Prestrelle 12
Percheron 10	Parent 15 1/2
Paul Mayer 14	Pierrhugues 11
Merlet 14	Dile Precis 9
Pellagot 4	zewoski 9
	Moureyre 15

Hôpital Saint-Antoine. Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux. — MM. GILBERT BALLET et E. BRUSSAUD reprendront leurs leçons annuelles sur les maladies nerveuses, les jeudis et dimanches à 10 heures.

M. BRUSSAUD commencera le jeudi 28 novembre et continuera les jeudis suivants à 10 heures. M. GILBERT BALLET commencera le dimanche 1^{er} décembre et continuera les dimanches suivants à la même heure.

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES

23, rue du Quatre-Septembre, Paris.

Installations téléphoniques
Câbles et fils isolés
Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha
pour usages médicaux
Vêtements imperméables

TROISIÈME ANNÉE. — N° 59.

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

DEPUIS

QUATRE SIÈCLES :

POUGUES

est le souverain remède des Affections de l'Estomac.

NOUVELLES

Cartes d'identité. — A la suite de démarches faites par le Conseil des Sociétés médicales d'arrondissement, M. le Préfet de police a bien voulu autoriser la délivrance d'une carte d'identité pour chaque médecin inscrit sur la liste officielle publiée par la préfecture de police.

Cette carte, ou ce carnet, destinés à faciliter la circulation grâce à des instructions que M. le Préfet de police doit donner aux agents et chefs de détachement, contiendra d'une part, la photographie du titulaire et de l'autre les nom et adresse avec le certificat du préfet de police.

Pour avoir cette carte, il suffira aux médecins faisant partie des Sociétés d'arrondissement, de donner leur nom et adresse au Secrétaire général de leur Société en versant 1 fr. 25.

Les médecins ne faisant pas partie de Sociétés s'adresseront au Dr Cayla, secrétaire général du Conseil, 31, avenue de Neuilly.

N. B. Un avis ultérieur fera savoir à partir de quelle date, l'on pourra se présenter chez M. Pirou, photographe chargé de l'épreuve à encarter dans le carnet

LES PARASITES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Dans son article sur les réformes hospitalières, notre confrère Helme semble croire que, grâce à elles, ont cessé les abus qui commettaient les gens aisés, peu scrupuleux, qui venaient à l'hôpital se faire opérer « à l'œil » par des chirurgiens qui leur auraient demandé en ville 400 à 500 francs. Mais les réformes hospitalières n'ont rien changé du tout !

Sous la pression, évidemment très intelligente, d'une partie du corps médical, on a simplement porté le prix du séjour à l'hôpital de 3 à 5 francs et les circonscriptions hospitalières, pour répondre à nos besoins soi-disant démocratiques, féroces pour les grippe-sous, restent lettre morte pour les riches.

Le résultat de cette double mesure est le suivant : le riche a droit, en payant, de choisir son hôpital et son chirurgien et, comme il donne un écu à l'Administration, il se croit tout permis.

Le *malade à cent sous* entre haut et fier, en bon client, dans le service dont il ouvre la porte. Il entend bien ne pas y être traité comme tout le monde, puisqu'il paye. Du reste, il est poli, obséquieux même. Les gens qui viennent le voir sont bien habillés, demandent des chaises pour s'asseoir; ils arrivent sur la fin de la visite et partent en retard. La surveillante est conquise par un bouquet, l'interne par une visite à la salle de garde, le chef par une lettre plus ou moins dithyrambique. L'opération est faite sur-le-champ, et les soins les plus dévoués sont prodigués jour et nuit. On n'ose plus faire repasser l'opéré de la chambre d'isolement à la salle commune; on l'appelle monsieur et aucun élève n'ose plus regarder le pansement.

Les fils enlevés, il se lève, aidé des meilleures infirmières et se fait servir les mets apportés de la ville. Le quinzième jour, une voiture spéciale vient le chercher et le reconduit précieusement à son domicile. Coût : 75 francs, pour ce pauvre monsieur qui, souvent, paye pour le moins 200 francs de loyer par mois.

Mais l'hôpital a sa reconnaissance. A tous ses amis, il en dit le plus grand bien : tout y est parfait et vraiment ce n'est pas la peine de s'offrir chez soi un médecin et un chirurgien, quand on a tout à côté les princes de la science à son humble service et gratuitement !

Vous êtes paradoxal, me dira-t-on, comme tou-

jours. A mon interlocuteur je pourrais dire que le paradoxe d'aujourd'hui est la vérité de demain, mais j'aime mieux le convaincre par quelques faits. En voici trois que vient de me narrer en dix minutes un de mes maîtres et auxquels chacun pourrait sans doute ajouter les siens.

C'est tout d'abord une *pauvre* femme, ayant appartenu sur l'un de nos grands boulevards, qui, prise d'accidents péritoneaux, fait mander son médecin d'abord et un chirurgien ensuite. Une intervention est nécessaire et l'on propose à la patiente d'aller dans une maison de santé. « Mais, objecte-t-elle timidement au chirurgien, je pourrais peut-être aller à l'hôpital, dans votre service. N'est-ce pas? cher ami, ajoutez-elle à son mari, cela nous fera moins de frais. Dès que je serai opérée et un peu remise (s'adressant à son médecin ordinaire), vous viendrez, cher docteur, me continuer vos soins, n'est-ce pas? »

Second fait : Une dame de quarante-cinq ans, se retirant des affaires après avoir arondi son petit pécule, n'ayant guère que 20.000 francs de rente, fait appeler un chirurgien pour une hernie impossible à contenir sous un bandage. La cure radicale s'impose. L'opération acceptée, les honoraires demandés pour l'opérateur et ses aides sont fixés à 1.000 fr. « Mais, vous avez un hôpital, docteur, vous ne voudriez pas m'y opérer? A 5 francs par jour et en mettant que j'y reste trois semaines, ça ne me ferait que 100 francs. » Comme la précédente, la « pauvre » alla à l'hôpital.

Troisième cas : Une femme de cinquante ans, locataire dans un grand immeuble dont elle était l'infortunée propriétaire, fait appeler, sur les conseils de son médecin, un chirurgien qui déclare l'urgence d'une intervention. Toujours sur l'avis de son médecin, ce qui n'est pas le moins curieux de l'histoire, elle se rend à la consultation d'un grand hôpital, y est admise et opérée. Sitôt le premier pansement fait, elle regagne ses pénates et fait rappeler le premier chirurgien pour lui demander de diriger la fin du traitement.

Ajouter à ces faits quelques autres serait facile, mais les énumérations sont fastidieuses et je me contente de terminer par un cas venant de la province.

Une femme porteuse d'un kyste ovarique vient chez un de mes maîtres lui demander conseil. L'intervention est proposée et acceptée. Quand il s'agit de fixer la maison de santé, la malade demande à être opérée à l'hôpital, ce à quoi il est acquiescé. La patiente, femme honorable et sans doute malheureuse, entre d'emblée dans le pavillon d'ovariotomie, est opérée de suite et sort quinze jours après. Quelques semaines plus tard, le chef de service qui l'avait opérée recevait un pli cacheté de 1.500 francs. En homme scrupuleux, le chirurgien refusa les honoraires et les donna à une association de prévoyance médicale. On apprit alors que la *pauvre malheureuse* était la femme d'un riche industriel du Nord.

En tout ceci, le corps médical, médecin traitant et chirurgien d'hôpital, est dupé, et l'Administration volée. Je n'hésite pas à dire que tout individu fortuné, qui va à l'hôpital, prendre un lit, commet un abus de confiance et une escroquerie. Les hôpitaux sont pour les pauvres, rien que pour les pauvres, et en en portant de 3 francs à 5 francs l'admission, on en fausse la destination, parce qu'on engage la classe aisée à s'y rendre. Le malade qui paie son écu croit avoir rémunéré tout le monde et se montre difficile et exigeant : en réalité, ses malheureux 5 francs ne paient pas seulement le loyer de la place qu'il occupe.

Si l'on admet que tout malade a droit à l'hôpital, il faut admettre aussi que l'Administration et le

corps médical ont droit à se faire indemniser par le malade proportionnellement à ses ressources. D'où enquête et le reste, ce qui est impossible. Il faut donc poser en principe, et telle est d'ailleurs la pensée de tous les fondateurs de l'Assistance, que l'hôpital est fait pour les pauvres et exclusivement pour eux. Le premier corollaire est qu'il doit être gratuit.

Gratuit ne signifie d'ailleurs pas que le malade ne doit rien : il ne paie pas en espèce, simplement. En revanche, il servira à l'instruction des médecins, car j'espère bien que le plus farouche humanitaire ne viendra pas soutenir qu'on puisse apprendre l'auscultation en écoutant le bruit du piston d'une machine à vapeur. En instruisant, le malade rend ainsi à la société ce que celle-ci lui donne et chacun est quitte.

Quant au malade à cent sous, il est dupe ou dupé. Si c'est un malheureux fonctionnaire, un pauvre boutiquier, on le force à donner une somme qui le gêne fort, souvent plus que s'il était ouvrier. Et alors, l'hôpital le presse. S'il est riche, il trompe tout le monde.

Au point de vue pratique, la question est facile à résoudre. Je ne sais ce que touchait par an l'Assistance avec les 3 francs d'autrefois, mais la somme était faible. En portant l'admission à 5 francs, ses revenus vont s'accroître, parce que le chiffre des payants ira sans doute en progressant; mais, il est non moins évident que le chiffre des dépenses augmentera aussi : 30 malades payant 3 francs donnaient 90 francs et dépensaient, en chirurgie, au moins 300 francs, 40 malades payant 5 francs donneront 200 francs et en dépenseront 400. Calculez et voyez ce que gagne l'Assistance. Et je mets les choses au mieux.

La conclusion, c'est qu'il faut mettre le malade à cent sous à l'index, parce que c'est un dupeur (j'excepte naturellement tous ceux qui, par suite de raisons plus absurdes les uns que les autres, sont obligés, malgré leurs faibles ressources, de payer leur séjour hospitalier). L'hôpital doit être gratuit et largement ouvert à tous ceux qui sont dépourvus d'aisance. Mais on doit en fermer impitoyablement la porte à ceux qui viennent y prendre le bien des pauvres. Quant au moyen à employer pour remédier à cet état de choses, il est très simple. Etant donné qu'il y a abus de confiance et préjudice causé, le faux-pauvre sera déféré aux tribunaux. L'opération subie ou les soins donnés seront estimés à leur valeur réelle et le montant en sera versé dans les caisses de l'Assistance. Avec ce petit système, qu'on ne pratiquera certainement pas, en moins d'un an l'abus aurait vécu.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

19 novembre 1895.

Avantages de la suture intravésicale dans les fistules vésicovaginales non opérables par le vagin. — M. Duplay. Diverses opérations ont été proposées pour le traitement des fistules vésico-vaginales non opérables par le vagin; celles-ci, occlusion de la vulve, de l'utérus, opération de Bardenheuer, se sont montrées jusqu'ici graves et insuffisantes. La pratique de la cystotomie sus-pubienne devait faire songer à aborder la fistule par l'intérieur de la vessie; c'est ce que fit Trendelenbourg en 1889 avec un résultat assez bon.

J'ai étudié la question avec mes élèves et eu l'occasion de pratiquer cette opération dans le cas suivant : Il s'agit d'une femme de trente et un ans qui, après trois accou-

L'APIOL DES D^{rs} JORET & HOMOLLE régularise les ÉPOQUES.

CAPSULES DARTOIS

Ces Capsules, de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0.05 de CRÉOSOTE DE HÊTRE dissoute dans 0.20 d'huile de foie de morue. — DOSES : de 3 à 5 à chaque repas. (Bronchites, Catarrhes, Phthisie, Tuberculoses)

LE FLACON 3 FRANCS, 105, RUE DE RENNES, PARIS, ET LES PHARMACIES

OREXINE Le meilleur STOMACHIQUE

ET
Chlorhydrate d'Orexine

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES KALLÉ & C^{ie} Biebrich-sur-Rhin

Dépôt : M. REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS, et dans toutes Pharmacies.

TUMEURS -- CANCERS TRAITEMENT PAR LE THUYA WUHLIN

Observations cliniques par les D^{rs} Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauzer, Baratoux, Borilly, Fauquez, Rizat, Perrussol, etc. Env. grat. de la brochure. Ph. WUHLIN, 11, r. Lafayette, Paris.

chéments, a présenté des phénomènes de métrosalpinx et de métroréitonite, pour lesquels on lui fit à Beaujon, à la fin de décembre 1894, une hystérectomie vaginale. La vessie fut blessée pendant l'opération, et il en résulta une fistule vésicovaginale. La malade entra à l'Hôtel-Dieu dans mon service, et je constatai une fistule transversale de 23 millimètres située à la partie la plus élevée de la paroi vaginale; cette fistule semblait abordable par le vagin, mais la guérison était douteuse par ce procédé à cause de la minceur extrême de la paroi. Je tentai cependant un avivement par cette voie, mais presque aussitôt un peloton graisseux accompagné d'une anse intestinale vint faire hernie; je suturai la plaie, et cette intervention ne fut suivie d'aucun accident. L'essai de traitement par les cautérisations se montra également insuffisant.

Le 15 juillet, je pratiquai, avec les précautions d'usage, la cystotomie sus-pubienne. La vessie fut incisée sur une longueur de 10 centimètres. L'avivement fut fait à l'aide de la pince longue et du bistouri; les bords de la fistule furent dédoublés, et la paroi séparée en deux lambeaux, l'un vésical, l'autre vaginal, puis le lambeau vésical mis à vif sur une étendue de 1 centimètre. La suture a compris deux étages : une première suture extravésicale, faite avec trois fils de soie introduits d'avant en arrière, réunissant les bords de la portion vaginale décollée; une deuxième suture intravésicale, faite avec trois fils de catgut introduits d'avant en arrière. La réunion était exacte et la suture se présentait sous forme d'une crête saillante. L'opération fut terminée par la suture complète de la vessie en deux plans, muqueux et musculaires, puis par la suture de la paroi abdominale à l'extrémité inférieure de laquelle je laissai un petit drain; une sonde de Sims fut introduite dans la vessie.

Les suites de l'opération furent simples : la température ne dépassa pas 38 degrés, pas une goutte d'urine ne vint sourdre par le vagin; la réunion eut lieu par première intention; seule une petite fistule hypogastrique persista pendant quelques jours. Moins d'un mois après, la malade sortait guérie; depuis, la guérison s'est maintenue et la santé générale s'est rétablie.

Rapports sur les prix de l'Académie. — M. Péan lit un rapport sur quatre ouvrages de gynécologie présentés pour le prix Huguier.

M. Laborde lit un rapport sur le prix Pourrat. La question proposée était : Du mode de contraction et de l'innervation des vaisseaux lymphatiques.

M. Berger lit un rapport de M. Chauvel absent sur le prix Godard (chirurgie).

M. Charpentier lit : 1^o un rapport sur le prix d'hygiène; la question proposée était : De l'hygiène de la peau dans la première enfance; onze mémoires ont été envoyés.

2^o Un rapport sur les livres et mémoires adressés à la Section permanente de l'hygiène en France.

M. Landouzy lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Daudet. Le sujet était : Du myxœdème.

M. Duguet lit un rapport sur le service des épidémies. Il constate que l'année 1894 est une des moins chargées en épidémies. Il signale aussi l'abaissement brusque de la mortalité dans la diphtérie, qui en décembre 1894 est tombée de 40 ou 60 pour 100 à 10 pour 100 sous l'influence du traitement par les injections de sérum.

Rapport sur les eaux minérales. — M. Robin propose à l'Académie les conclusions suivantes : 1^o Les eaux minérales françaises doivent être embouteillées à la source même;

2^o Les eaux étrangères altérables doivent être embouteillées à la source et ne passeront pas la frontière sans un certificat l'attestant. Les eaux non altérables peuvent être introduites en France en tonneaux.

Ces conclusions sont adoptées par l'Académie.

L'Académie se forme en comité secret pour discuter les conclusions des rapports de prix. M. LABRÉ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

16 novembre 1895.

A propos des remarques de M. Féré sur les phénomènes héréditaires. — MM. Gley et Charrin répondent à M. Féré qui a fait une série de remarques au sujet de leur communication relative à l'influence des ascendants sur les rejetons.

En premier lieu, supposer chez nos animaux intoxiqués des influences autres que celle des poisons, c'est faire une hypothèse gratuite qui s'applique à toutes les expériences sans exception. Qui peut affirmer, par exemple, que les œufs dans lesquels M. Féré introduit des toxiques n'ont pas subi diverses impressions? Ici cette objection aurait même à la rigueur plus de portée, le désordre causé par cette injection amenant, dans un si petit espace, dans un organe si délicat, un trouble tel que le phénomène ressemble peu à ce qui se passe dans la nature. — Notre procédé est, on en conviendra, plus physiologique.

M. Féré prend sans doute des témoins; c'est aussi ce que nous faisons; si nous n'y insistons pas à tout propos, c'est que la chose est toute naturelle, c'est que, d'autre part, notre intention est de fournir tous les chiffres à l'occasion d'un travail d'ensemble résumant toutes les notes parues sur ce sujet.

Pour le moment, nous pouvons faire savoir, que nos lapins vivent, dans des conditions d'hygiène parfaite, de santé apparente à côté d'une lapinière où nous les puissions; cette lapinière comporte un nombre variable de sujets, de 12 à 28, avec prédominance de femelles. Sur 97 naissances examinées avec soin, on n'a trouvé que 5 décès rapides, 3 cas d'oreilles mal formées; on n'a pas enregistré de difformités pareilles à celles que nous avons montrées.

Sur 26 de ces lapins inoculés comme témoins, aucun n'a présenté une réelle immunité, alors que sur 59 issus de couples immunisés, 11 ont manifesté des accroissements de résistance à des degrés divers.

Il s'agit bien là de transmission de caractères acquis, transmission incomplète exigeant des vaccinations profondes; c'est bien de l'hérédité. Si le père seul a été rendu réfractaire, ces chances diminuent; nous avons noté deux faits indiscutables, un discutable; c'est peu, fort peu; mais les témoins donnent encore moins.

Le nanisme a été noté sur 6 animaux, sur 4 plus particulièrement; ils appartenaient à des portées différentes.

La stérilité paraît un tiers de fois plus fréquente qu'à l'état physiologique.

Pendant que les normaux fournissent 5 mort-nés ou produits d'avortement, les infectés, les intoxiqués en donnaient 61.

Ces chiffres parlent d'eux-mêmes, et même, pour les mort-nés, ils sont inférieurs à la réalité.

Quant aux déformations des membres inférieurs, du vagin, etc., nous ne les avons pas rencontrées chez les témoins. Leur mécanisme est ici chose secondaire. On ne peut résoudre la question sans autopsie.

De nouvelles recherches sont aussi nécessaires pour savoir si la mère est influencée, lorsque les rejetons, issus d'un père vacciné, résistent; chez 7 femelles, cette recherche pratiquée a donné 2 accroissements de résistance.

On voit donc que les points de comparaison réclamés ne font pas défaut. Les mâles seuls immunisés influencent faiblement les descendants; pour rare que soit cette influence, elle existe.

De l'évocation spontanée des images auditives verbales chez les aphasiques moteurs. (Travail du service de M. Déjerine à la Salpêtrière). — MM. A. Thomas et G. Roux. Les psychologues et les cliniciens qui se sont occupés de l'aphasie ont admis trois espèces d'images verbales dans leur conception du langage intérieur : images verbales auditives, images verbales motrices, images verbales visuelles. Les recherches de MM. Déjerine et Mirallié ont montré le défaut d'évocation des images visuelles verbales, chez les aphasiques moteurs corticaux, et le rapport étroit qui existe entre ce défaut d'association et l'agraphie. Mais quand on présente un objet à ces malades, comment se représentent-ils le nom de cet objet dans leur langage intérieur?

Voici le procédé que nous avons imaginé pour étudier l'évocation spontanée des images auditives :

1^o Nous montrons au sujet un objet usuel dont le nom contient plusieurs syllabes : les objets choisis ne doivent avoir qu'une désignation.

2^o Nous prononçons aussitôt plusieurs syllabes parmi lesquelles se trouve soit la première syllabe du nom de l'objet, soit la dernière, soit la syllabe intermédiaire.

3^o Lorsque la syllabe faisant partie du nom de l'objet est prononcée, le malade doit, par un signe affirmatif, indiquer qu'il reconnaît cette syllabe.

Chez les sujets normaux, toutes les syllabes sont reconnues et sans hésitation. Il en est de même chez les individus privés de la parole, mais non aphasiques : pseudobulbaires.

Chez sept aphasiques moteurs, que nous avons examinés, la première syllabe est assez souvent reconnue, mais jamais les deux autres.

Ce fait prouve que la malade n'évoquait pas l'image auditive du nom de l'objet et il faut admettre que la première syllabe à elle seule peut évoquer l'image verbale. Notre expérience confirme les idées de Trousseau à ce sujet. Bien que nous ayons retrouvé le défaut d'évocation spontanée des images auditives chez tous nos aphasiques, nous ne prétendons pas que ce défaut soit toujours suffisant pour expliquer le mécanisme de l'aphasie motrice.

Essai sur la psychologie des associations verbales et sur la rééducation de la parole dans l'aphasie motrice. (Travail du service de M. Déjerine).

— MM. A. Thomas et J. Roux. Le défaut d'évocation spontanée des images auditives verbales chez les aphasiques moteurs ne saurait expliquer que le défaut de la parole spontanée, mais non le défaut de parole répétée ou de lecture à haute voix.

Chez trois aphasiques du service de M. Déjerine nous avons fait l'expérience suivante :

1^o Nous nous assurons qu'ils ne peuvent répéter une syllabe ou un mot entendu.

2^o Nous prononçons, en face du malade et en fixant son attention sur les mouvements de nos lèvres : une voyelle, une syllabe ou un mot. Quand le malade a bien suivi le mouvement de nos lèvres, il peut avec plus ou moins d'exactitude répéter la syllabe ou le mot que nous avons articulés. Il répète d'abord plus facilement certaines voyelles, les consonnes, les labiales, puis les dentales. La prononciation est encore plus facile et plus

parfaite quand on lui fait contrôler dans un miroir les mouvements de ses lèvres et de sa langue.

Ce qui a disparu chez l'aphasique est bien moins la possibilité d'accomplir les mouvements d'articulation nécessaires pour prononcer une syllabe ou même un mot, que la provocation de ce mouvement par l'image auditive verbale.

Nous avons appliqué à une malade, atteinte d'aphasie depuis quinze ans, cette méthode qui est habituellement employée pour l'éducation des sourds-muets. Actuellement la malade peut répéter presque tous les mots qu'elle entend, sans avoir recours à la vue du mouvement. Il s'est donc créé une association entre le mot entendu et la représentation visuelle du mouvement qu'il faudra faire pour reproduire ce mot. Il y a donc lieu d'espérer que notre procédé ne sera pas seulement, dans le cas actuel, un moyen d'étude, mais qu'il pourra contribuer aussi à la guérison de l'aphasie.

Remarques sur le traitement pédagogique de l'aphasie motrice. — M. Ch. Féré. Les faits signalés par MM. Thomas et Roux montrent une fois de plus les rapports intimes de la fonction motrice verbale et des fonctions sensorielles verbales.

Si le mouvement est indispensable à la sensation, l'éducation sensorielle ne peut se faire que par l'intermédiaire de la fonction motrice qui doit nécessairement en profiter. Mais ce procédé indirect d'exercer la fonction motrice n'est pas le seul, ni, je le crois du moins, le meilleur. Les exercices qui conviennent aux bégues et aux sourds-muets semblent devoir convenir aussi aux aphasiques moteurs. J'ai fait exécuter à ces derniers des mouvements propres à développer l'énergie et la rapidité des mouvements de la langue et des lèvres, et en peu de temps, la restauration des mouvements d'articulation et la mémoire des mots faisaient des progrès sensibles. Mais ces exercices ne doivent être considérés que comme des exercices préparatoires dont l'effet peut être complété par des exercices d'articulation et par l'enseignement visuel des mouvements d'articulation qui renforce les images motrices.

Fermentations provoquées par le pneumobacille de Friedländer. — M. L. Grimbart. Ayant eu entre les mains un échantillon de pneumobacille de Friedländer provenant du laboratoire de M. Roux, j'ai eu l'occasion de constater qu'il faisait fermenter la glycérine contrairement à l'opinion de Franckland. J'ai repris complètement l'étude des propriétés biologiques de cet organisme et les résultats que j'ai obtenus sont complètement en désaccord avec ceux des auteurs anglais.

Le pneumocoque de Friedländer de l'Institut Pasteur attaque avec énergie la glycérine et la dulcité. Par contre, il est sans action sur l'érythrite.

Les produits de la fermentation varient avec la nature du sucre employé. Ce sont : l'alcool éthylique, l'acide acétique, l'acide lactique gauche, l'acide succinique.

L'acide acétique se rencontre dans toutes les fermentations à l'état pur sans mélange d'acide formique ni d'acide propionique.

L'alcool éthylique fait quelquefois défaut, comme dans les fermentations d'arabine ou de pommes de terre, ou bien n'existe qu'à l'état de traces dans les fermentations de glucose, de saccharose ou de maltose.

Nous insisterons particulièrement sur les produits de la fermentation de la mannite et de la dulcité. Le premier de ces deux isomères fournit de l'acide lactique gauche, tandis que la dulcité ne donne que de l'acide succinique.

Il faut donc conclure qu'il existe au moins deux pneumobacilles de Friedländer, morphologiquement semblables, mais différant profondément entre eux par leurs actions fermentatives.

Influence du système nerveux sur l'action anticoagulante des injections intravasculaires de peptone chez les chiens. — M. Ch. Contejean. Dans des communications antérieures, j'ai démontré que sous l'influence des injections intraveineuses de peptone, il se produit dans l'organisme du chien une substance qui rend le sang incoagulable. Les résultats de mes expériences dans leur partie essentielle, action prédominante du foie, ont été confirmés par les recherches récentes de MM. Gley et Pachon, qui sont allés plus loin que moi en écartant le rôle que suivant moi pouvait jouer la masse intestinale dans le phénomène.

Dans des expériences nouvelles, j'ai étudié l'action du système nerveux sur la sécrétion de la substance anticoagulante. Toute vivisection pratiquée sur l'axe cérébro-spinal ne m'a jamais paru entraver d'une façon manifeste l'action des injections de peptone.

En revanche, j'ai constaté que l'extirpation des deux ganglions coeliaques entrave considérablement l'action de la peptone.

La dissection des organes du hile du foie en évitant de léser les nerfs, voire même la ligature en masse de la veine porte du cholédoque et de quelques lymphatiques, l'artère et les nerfs étant hors de la ligature, n'ont pas entravé l'action de la peptone.

La section des splanchniques dans le thorax ou, dans l'abdomen, la section des nerfs vagues sont aussi sans effet. Donc l'intégrité des nerfs du foie à partir des ganglions coeliaques est nécessaire et suffisante pour qu'une injection intraveineuse de peptone détermine la sécrétion de la substance anticoagulante.

15 novembre 1895.

Du sang défibriné comme milieu de culture. — MM. A. Gilbert et L. Fournier. Le milieu de culture que nous présentons à la Société n'est autre chose que du sang défibriné et coagulé par la chaleur. Nous avons eu pour but, en laissant dans le sérum les éléments figurés du sang, de fournir à quelques microbes certaines substances qu'ils trouvent dans l'organisme même, et que l'on peut supposer utiles à leur développement. On sait, à ce point de vue, quel parti Pfeiffer sut tirer de cette même hypothèse; grâce à la goutte de sang dont il enduisait la surface de ses tubes de gélose, il réussit à cultiver le microbe de l'influenza.

Le procédé le plus simple, pour obtenir le milieu de culture que nous avons employé, consiste à défibriner le sang, pris aseptiquement à l'homme ou à certains animaux, en l'agitant fortement dans le flacon stérilisé où il a été recueilli. À l'aide d'un matras-pipette, on sépare ensuite des coagulums de fibrine la partie liquide; puis, celle-ci est répartie en tubes et gélatinisée par la chaleur comme le sérum ordinaire.

L'un des premiers microbes que nous avons cultivés sur le milieu ainsi préparé est le pneumocoque.

L'aspect des cultures est absolument différent de celui que donnent les colonies transparentes et à peine visibles que l'on obtient sur la gélose et le sérum ordinaire. Ici, au bout de dix-huit à vingt heures, on voit apparaître, au niveau de la strie d'ensemencement, une teinte verte; rapidement, ce trait vert s'élargit et change de couleur à son centre. En effet, en trente-six ou quarante-huit heures, il a déjà une largeur de 2 millimètres environ; il est de couleur jaune et bordé d'un fin liséré vert.

La saillie qu'il forme au-dessus de la surface du milieu est extrêmement légère. D'autre part, la tache jaune gagne en profondeur, et bientôt on peut voir apparaître, à la face postérieure du tube, au niveau des points où le milieu forme une lame mince, des taches verdâtres qui s'élargissent en devenant jaunes à leur centre, se réunissent entre elles, et peuvent finir par reproduire le large trait de la face opposée.

La virulence, et surtout la vitalité du pneumocoque sur le sang défibriné se conservent pendant un temps beaucoup plus long que dans les cultures sur milieux ordinaires. Nous ne pouvons actuellement insister sur ce sujet; nous y reviendrons ultérieurement, en étudiant quelques autres particularités de la culture du pneumocoque sur le nouveau milieu de culture que nous avons employé.

R. MERCIER.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

8 novembre 1895.

M. Grenet présente le cœur d'un malade mort subitement. On avait constaté pendant la vie des symptômes d'insuffisance et de rétrécissement aortique. Le cœur tout entier et particulièrement le ventricule gauche sont énormément hypertrophiés. Les valves sigmoïdes aortiques sont déformées par de volumineuses végétations calcifiées. La cause de la mort subite n'a pas été retrouvée. La musculature cardiaque ne présentait pas les lésions de la myocardiopathie scléreuse.

MM. Tuffier et Pouquet rapportent une observation d'étranglement interne par une bride fibreuse. Le début des accidents avait été brusque, et le diagnostic porté tout d'abord fut celui de typhlite. Le malade est transporté à l'hôpital, et l'on constate alors tous les symptômes d'une occlusion intestinale. La laparotomie est pratiquée immédiatement, et l'on tombe sur une bride qui s'enroulait deux fois autour d'une anse intestinale. À ce niveau, l'intestin présentait un rétrécissement probablement d'origine congénitale. Le malade est mort des suites de l'opération. **M. Poirier** rapporte que dans sa pratique il a observé un cas identique, et il insiste sur l'urgence de la laparotomie, que l'on doit pratiquer aussitôt après l'apparition des premiers accidents.

M. Apert montre des pièces provenant de l'autopsie d'un enfant de douze ans qui était atteint de syphilis héréditaire tardive.

Les épiphyses des os sont très tuméfiées. Au niveau de l'articulation du genou, on voit que les cartilages sont ulcérés en plusieurs points. La rotule, réduite à une lamelle osseuse, présente en son milieu deux perforations. Les parties périarticulaires sont transformées en un tissu lardacé; le tibia est atteint d'ostéite; sa face externe est épaissie, spongieuse, couverte d'ulcérations superficielles; le fémur et le péroné sont relativement peu touchés. Les os du crâne présentent des ulcérations et des perforations multiples; elles portent sur la table externe de l'os, la table interne et la dure-mère sont respectées. Le foie est atrophié, en dégénérescence graisseuse, la rate très augmentée de volume (500 grammes). Il y a de plus, de la péritonite chronique.

M. Poirier revient sur l'anatomie des muscles élévateurs de la glande thyroïde, il rappelle les descriptions de M. Juvara publiées dans les bulletins de la Société anatomique, et la note que M. Sébilleau a faite à ce propos, prétendant que le muscle décrit par M. Juvara n'était qu'un faisceau du muscle élévateur de la glande thyroïde décrit par Sommering. Après une critique de la note de M. Sébilleau, M. Poirier confirme la description de M. Juvara.

M. Chrétien présente une photographie prise sur le cadavre d'un enfant de trois mois; le sujet ne présentait qu'un seul rein et une seule capsule surrénale du côté droit. À gauche, il existait une loge remplie du tissu cellulo-adipeux à la place normale du rein.

M. Chrétien montre en outre des préparations de rein kystique comme complément d'une présentation qu'il avait faite précédemment à la Société.

M. Petit montre des pièces d'enfoncement du crâne chez un enfant qui avait subi un traumatisme crânien. Les fragments ont été extraits après trépanation.

M. Petit montre en outre un enfant de quelques jours mort de volvulus congénital. Le cæcum et le colon ascendant présentaient un méso très long, et la masse intestinale était passée de gauche à droite sous le cæcum. Il s'est produit alors une torsion de cette portion de l'intestin, qui a occasionné les accidents et la mort.

M. Pasteau présente un sarcome des parties molles de la cuisse droite.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, la tumeur a commencé à apparaître au mois de mai dernier; depuis, elle a pris un volume très considérable et a nécessité l'ablation du membre qui a été pratiquée le 11 de ce mois par M. Quénu; le manuel opératoire employé présente quelques particularités qui feront l'objet d'une communication ultérieure à la Société de chirurgie.

La dissection de la pièce a permis de constater que ce sarcome est développé primitivement dans le muscle vaste externe; l'examen histologique complet sera publié ultérieurement.

M. Hamant présente un kyste hydatique du triangle de Scarpa gauche. Il y avait encore quelques vésicules filles vivantes. Aucun autre organe ne présentait de kyste.

M. Parmentier présente les pièces d'un malade mort d'asystolie. On a trouvé de plus dans la partie postérieure du cerveau, un foyer de ramollissement qui n'avait donné lieu à aucun symptôme clinique. Le rein droit montrait en outre un énorme kyste.

M. Parmentier présente en outre un moulage de pied-bot varus équin congénital. La pièce fraîche montrait des altérations musculaires et tendineuses intenses.

M. Parmentier montre un cas de lithiase pulmonaire. Il s'agissait d'une pierre grosse comme une petite noix, située dans une bronche près du hile du poumon.

M. Marien et M. Leguen montrent des coupes d'une tumeur de la région sacro-anale. La tumeur avait débuté il y a deux ans; on avait porté le diagnostic d'actinomycose et de tuberculose. La tumeur enlevée fut examinée microscopiquement; il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé-tubulé.

M. Dominici rapporte l'observation d'un malade présentant de la broncho-pneumonie, péricardite, endocardite, de l'arthrite scapulo-humérale, de la méningite, etc. Le malade est mort, à la suite de ces différentes manifestations. Le pus de toutes ces suppurations a montré la présence de pneumocoque. Ce microbe a également été retrouvé sur les coupes. Il s'agissait donc d'une pneumococcie généralisée.

M. Souligoux présente une série d'anomalies artérielles, musculaires et nerveuses.

R. MARIE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

14 novembre 1895.

De l'hydrocystome. — E. J. Thibierge présente une malade atteinte d'hydrocystome. Cette affection est souvent confondue avec la dyshidrose. Elle s'en distingue par une différence dans la distribution des éléments éruptifs. Les caractères même de ces éléments diffèrent; dans l'hydrocystome ils sont durs, persistants, ne se résorbent pas et ont une durée de douze à quinze ans.

Un cas de ladrerie. — M. J. Darier présente une jeune femme de vingt-trois ans, qui s'est aperçue, il y a dix-huit mois, de la présence à l'avant-bras droit d'une petite tumeur du volume d'un noyau d'olive: tumeur indolente, mobile sur les tissus profonds. La peau est d'apparence saine. Un mois après est survenue au point symétrique du côté gauche, une tumeur de même aspect. Depuis lors, des tumeurs identiques se sont développées peu à peu et insidieusement au nombre d'une vingtaine. Il était difficile de ne point penser de suite à des cysticerques. L'examen histologique aussitôt pratiqué a permis de confirmer le diagnostic. D'ailleurs la malade interrogée, dès l'abord, avait déclaré avoir le ténia. L'examen du contenu des tumeurs a montré à M. Darier qu'il avait affaire au cysticerque cellulosse de la ladrerie du porc, forme vésiculaire du ténia solium.

Épididymite syphilitique secondaire. — M. Darier présente un malade qui est atteint d'une affection des deux testicules de nature discutée. Au premier examen, on a de suite l'impression de noyaux tuberculeux. Une enquête plus complète modifie cette impression. Dans les antécédents héréditaires et personnels, pas de tuberculose. La prostate est indemne. L'indolence absolue. Pas trace de vaginalite. Pas de tendance à la formation d'abcès.

Ces signes, négatifs en ce qui concerne la tuberculose,

rentrent fort bien dans le plan de l'épididymite syphilitique, localisation très rare, mais déjà décrite, par Dron notamment. Comme ce malade est précisément syphilitique et qu'il a contracté la maladie en septembre, tout porte à croire que l'on est en présence d'une épididymite double syphilitique secondaire. La thérapeutique tranchera la question.

Gomme du vagin. — M. Fournier montre un superbe exemple de gomme du vagin. Cette gomme, chez une femme présentant des syphilides serpiginieuses sur l'abdomen, est située à 4 centimètres du méat urétral. Elle est ulcérée, et sa cavité à bords taillés à pic pourrait loger une grosse noisette.

M. Verchère rapporte à ce propos un cas intéressant de gomme du vagin. Celle-ci siègeait à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de la paroi gauche du vagin. Il n'y avait dans les antécédents pas traces de syphilis, sinon une perforation du voile qu'on pouvait attribuer à cette affection. Il n'y avait pas non plus de signe d'hérédité. Le traitement spécifique est rapidement venu à bout de cette lésion.

M. Barthélemy a observé un cas de gomme de la paroi recto-vaginale.

Syphilis héréditaire à la troisième génération.

— M. Gastou présente l'observation suivante: une grand-mère a une gomme syphilitique, la fille est hérédosyphilitique et tient vraisemblablement sa syphilis de sa mère, la petite-fille est née avec une amputation congénitale du bras gauche.

M. Jacquet a vu un cas analogue; la mère était hérédosyphilitique et ses deux enfants avaient de nombreux stigmates d'hérédosyphilis.

M. Verchère pense que les altérations osseuses et dentaires, que les déformations, ne sont point syphilitiques mais parasymphilitiques. L'amputation congénitale chez cette petite fille n'indique donc pas qu'il y ait eu transmission de la syphilis à la troisième génération, mais seulement influence de la syphilis.

M. Fournier dit que son opinion est formelle sur ce point. Il est convaincu que les altérations osseuses, dentaires, les malformations et autres troubles que l'on constate comme stigmate de l'hérédosyphilis sont non point de nature, mais d'origine syphilitique. La dénomination de parasymphilitique leur convient donc fort bien.

M. du Castel fait remarquer que dans ce cas l'amputation congénitale aurait pu être déterminée, comme cela arrive quelquefois, par action mécanique du cordon par exemple enroulé autour d'un bras.

Maladie de Paget. — M. du Castel présente un bel exemple de maladie de Paget, chez une femme; l'affection porte sur le sein gauche.

M. Darier fait remarquer que l'examen clinique aussi bien que l'examen histologique donnent dans cette affection des caractères de diagnostic parfaitement tranchés.

M. L. Wickham insiste sur la facilité du diagnostic pour qui a vu quelques exemples de cette affection. Si l'on rapproche cette facilité de diagnostic du peu de cas certains reproduits dans la science, on est amené à considérer cette affection comme étant d'une extrême rareté. Malgré les travaux qui ont été faits à ce sujet, les signes cliniques ne sont certainement pas encore bien connus dans le monde médical, et cela explique comment dans certaines cliniques et dans certains services de chirurgie, le diagnostic de maladie de Paget est couramment porté, alors que, dans l'énorme clientèle de Saint-Louis, on en observe pour tout l'hôpital à peine 1 cas par an.

Sur une ichtyose avec hypertrophie simulant une sclérodémie. — MM. H. Hallopeau et E. Jeanselme. L'étude de la malade présentée a conduit les auteurs aux conclusions suivantes: l'ichtyose peut s'accompagner d'un défaut de développement du derme simulant la sclérodémie; il peut en résulter des troubles fonctionnels tels que l'impossibilité de clore les paupières et de mouvoir normalement les doigts; le derme est en pareil cas aminci et son élasticité est amoindrie. Ces altérations cutanées coexistent avec un défaut de développement très prononcé des parties sous-jacentes et plus particulièrement du squelette des extrémités ainsi que des cartilages articulaires; la cause prochaine de ces altérations est, selon toute vraisemblance, un arrêt de développement du squelette et de la peau entraînant leur hypertrophie.

M. Brocq. La malade de M. Hallopeau offre une affection dont les caractères ne rentrent pas complètement dans le type de l'ichtyose. Un exemple analogue a été présenté il y a quelques années par Vidal sous le diagnostic de hyperépidermotrophie généralisée. M. Besnier avait eu tendance à rapprocher le fait en question du pityriasis rubrapilaris. Depuis, M. Brocq observe plusieurs cas analogues et il croit qu'il s'agit là d'une affection spéciale qui ne peut être actuellement classée.

M. Thibierge a décrit et après lui Giovanonni, une affection très analogue; il est aussi convaincu qu'il s'agit là d'un type à part dont l'étude est à faire.

Traitement du phagédénisme du chancre simple par la solution forte de tartrate ferrico-potassique. — MM. H. Hallopeau et Macrez. Les conclusions de ce travail sont résumées ainsi qu'il suit: le tartrate ferrico-potassique, trop abandonné aujourd'hui, a comme l'a bien dit Ricord, une action spécifique sur le phagédénisme.

nisme du chancre simple; il doit être employé en solution très forte et d'une manière continue; la médication est douloureuse pendant les premiers jours; on atténue beaucoup cette douleur en faisant précéder chaque application d'un attouchement à l'alcool pur: au bout de peu de jours, l'application du tartrate ne provoque plus aucune douleur. Le phagédénisme présente les plus grandes analogies objectives avec la pourriture d'hôpital, également justiciable de la médication par le tartrate; il y a lieu de rechercher si, dans le phagédénisme, un agent pathogène spécial ne vient pas s'ajouter au bacille de Ducrey; la substitution d'une concrétion dense et néomembraneuse à l'exsudat pulvérulent et putrilagineux du début indique dans le phagédénisme, comme dans la pourriture d'hôpital, une diminution dans le pouvoir infectant de l'agent pathogène.

Pratique courante des injections de calomel. — M. H. Feulard, les injections de calomel dans le traitement de la syphilis, couramment employées à l'étranger, ayant eu quelque peine à s'acclimater en France; la plupart de ceux qui en ont parlé les ayant considérées comme devant être réservées aux cas graves, comme constituant une méthode d'exception difficile à appliquer dans la pratique courante et nécessitant de multiples précautions, a voulu se faire une opinion à ce sujet en traitant par ce moyen un certain nombre de malades de la ville. Ses observations sont tout à fait favorables à cette méthode.

Il s'est servi de la seringue de Straus qu'il a un peu modifiée, surtout en garnissant l'extrémité inférieure de la tige du piston d'un bouton d'ivoire, ce qui fait qu'il n'y a plus aucune partie métallique en contact avec le mercure: cette seringue se stérilise très bien par l'ébullition et se nettoie très facilement. Les aiguilles sont en platine iridié, longues de 6 centimètres. La dose qu'il a injectée habituellement a été de 5 centigrammes de calomel en suspension dans un centimètre cube d'huile stérilisée. Autant que possible, l'injection dont on fait faire 2 centimètres cubes pour plus de commodité, doit être préparée peu de temps avant de s'en servir; la préparation doit être faite avec grand soin et mise dans un flacon stérilisé. Les injections ont toujours été faites dans les régions fessières à la région supérieure de la fesse, à deux ou trois travers de doigt du pli interfessier. La peau est lavée au sublimé, l'aiguille portée au rouge; la seringue a été bouillie, et tandis que son verre est encore chaud, empli de l'injection, l'aiguille lubrifiée avec une goutte d'huile simple stérilisée, enfoncée d'un seul coup profondément; puis après quelques secondes, quand on s'est assuré qu'on n'a pas piqué un petit vaisseau et qu'aucune gouttelette de sang ne sort, la seringue est emmanchée sur l'aiguille et l'injection, tiède, poussée lentement; l'aiguille et la seringue sont retirées d'un seul coup, la piqure est recouverte d'une rondelle d'emplâtre de Vigo ou d'emplâtre rouge; il ne fait aucun massage.

A la suite des injections ainsi pratiquées, M. Feulard n'a observé aucun accident, ni stomatite, ni réaction générale: le seul phénomène à noter, c'est malheureusement la douleur. Cette douleur, quoi qu'on fasse, paraît inévitable. Elle n'a pas lieu au moment de l'injection, car toutes ces injections ont été faites dans son cabinet, et les malades s'en sont toujours allés allègrement; elle se montre à partir du troisième jour, dure les quatrième, cinquième et sixième jours, puis décroît et disparaît. Les malades la comparent à un coup violent ou à une chute sur ces régions. Aucun d'eux n'a été obligé cependant d'interrompre ses occupations: le traitement a donc été véritablement un traitement ambulatoire. Les nodosités, si souvent observées, se sont montrées très rarement et ont été insignifiantes: le plus souvent, au bout de dix jours, il n'y avait plus trace de l'injection. Un intervalle minimum de huit jours a toujours été mis entre deux injections, celles-ci étant faites alternativement dans la fesse gauche et dans la droite; les injections dans la fesse gauche sont moins douloureuses; la durée des cures a été au maximum de six injections; le plus souvent de quatre injections.

Quant aux effets thérapeutiques, ils ont répondu aux succès habituellement vantés de cette méthode: ils ont été excellents, véritablement surprenants dans certains cas, mais cette puissante efficacité est bien connue, et il serait oiseux d'insister. Ce que l'auteur a voulu faire, c'est montrer qu'en s'entourant de certaines précautions très faciles à prendre, on peut couramment, dans la pratique, sans arrêter la vie habituelle des malades, user de cette méthode dont les résultats sont excellents.

Note sur un procédé propre à l'hématologie et à l'hématothérapie. — M. L. Jullien fait connaître un moyen pratique de se procurer le sang propre aux expérimentations. Il n'a en vue que les sujets du sexe féminin.

Pour la récolte du sang ou du sérum, on a préconisé la saignée, les ventouses, les vésicatoires, qui ont au moins le désavantage d'impressionner, d'effrayer ou de faire souffrir les malades. Il évite tous ces inconvénients en s'adressant au col utérin, organe insensible et très vasculaire.

Il attire le col à la vulve et l'y maintient. Puis il le crible de fines mouchetures. Le sang coule et se ramasse sous le museau de tanche, où rien n'est plus facile que de le recueillir au moyen d'une seringue à gros embout mousse.

Il se sert habituellement d'une seringue dont la contenance est de 5 grammes, qui, suivant le degré de

congestion de l'organe, s'empli en une ou plusieurs fois avec plus ou moins de facilité.

Ce moyen est absolument inoffensif, il n'est pas douloureux, on peut en renouveler l'application autant de fois qu'on le désire et les malades s'y prêtent facilement. Il va sans dire qu'il suppose l'asepsie complète des muqueuses et de tous les instruments employés, ce qui s'obtient aisément. Il s'en est servi jusqu'à présent pour pratiquer sur différents animaux des séries d'injections de sang syphilitique en nature, et il compte le mettre à profit pour des injections de malade à malade, soit de tertiaire à secondaire, soit de syphilitique en phase torpide ou latente à syphilitique en période floride.

Etude histologique d'une forme rare de sarcomatose cutanée. — MM. Perrin et Leredde. Des tumeurs sessiles arrondies, dures, élastiques, d'un rouge vif, lisses à leur surface, sans adhérence avec les parties profondes, ne dépassant pas le volume d'une noisette, augmentant très lentement, sans adénopathie, sans altération de la santé générale, tels sont les symptômes de la maladie observée trois ans après son début.

L'absence d'ulcération fait repousser l'hypothèse de gommes syphilitiques, — la coloration, l'absence d'anesthésie, le diagnostic de lèpre tuberculeuse.

Au microscope, on trouve des nodules au contact encapsulés d'une mince enveloppe conjonctive, formée de cellules grosses à noyau peu chromatique, certaines en karyokinèse; d'autres à deux ou trois noyaux; quelques-unes ayant le type de cellules géantes. Les vaisseaux ne sont pas sarcomateux.

Nulle part on ne peut colorer de microbes, et du reste, les lésions n'ont pas les caractères évolutifs des nodules dans les maladies infectieuses connues; néanmoins les détails des préparations s'y rapprochent assez de ceux des granulomes, pour qu'on puisse établir une analogie entre le sarcome et les maladies parasitaires.

LOUIS WICKHAM.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Pour changer le cours des choses, nous avons pour cette semaine, un peu de toxicologie aux deux principales sociétés berlinoises.

A la Société de médecine interne de Berlin (séance du 4 novembre) M. Krönig a fait une communication sur un cas d'intoxication par la phénacétine, laquelle communication a été suivie de plusieurs autres, tendant toutes à montrer avec quelle prudence il faut manier la Matière médicale actuelle. Dans le cas de M. Krönig, il s'agit d'un homme qui va trouver un médecin pour des maux de tête très violents tenant à une otite chronique. Le médecin consulté prescrit de la phénacétine: 5 grammes en cinq paquets, à prendre un, tout au plus deux par jour. Le malade se conforme à la prescription, et pendant quinze jours prend régulièrement sa phénacétine. Tout se passe bien, mais après le seizième paquet, pris le soir du seizième jour, le malade est pris brusquement de malaise, de vomissements, de cyanose et tombe dans le coma le plus complet. C'est dans cet état qu'il est apporté à l'hôpital, où il succombe quelques heures après son arrivée.

Tant bien que mal, et plutôt bien que mal, on a pu examiner son urine, son sang. L'urine était composée de sang presque pur; le sang montrait une leucocytose assez intense avec poikilocytose, déformation des globules rouges, hémoglobine dissoute dans le sang, etc., bref, le tableau d'un empoisonnement du sang. A l'autopsie, pour toute lésion, une néphrite aiguë.

Pour M. Krönig qui a tout d'abord pensé à une septicémie, il s'agirait là d'un cas d'empoisonnement par la phénacétine, dans le genre de ceux qui ont déjà été signalés par Lindemann, par von Jaksch, par Mueller, souvent après des doses tout à fait minimes.

On voit donc que le cas de M. Krönig n'est pas isolé. On l'a vu surtout dans la discussion qui suivit sa communication. Ainsi M. Fraenkel a vu une jeune actrice de dix-sept ans succomber, avec tous les symptômes d'empoisonnement aigu, après avoir pris 1 gramme de phénacétine, et depuis lors il ne donne plus de phénacétine aux malades qu'il ne connaît pas. M. Furbringer a également failli perdre une malade qui, après avoir pris 58 centigrammes de lactophénine, est tombée dans un collapsus dont on a eu toutes les peines de la tirer. M. Gerhardt aussi a eu des mécomptes avec la phénacétine et pourtant il connaît un malade qui ne supportait ni antipyrine, ni salicylate de soude, ni antifebrine, ni exalgine, et pouvait en revanche prendre des doses assez élevées de phénacétine, et ceci, sans le moindre inconvénient. C'est dire que l'idiosyncrasie, la classique idiosyncrasie est là comme partout ailleurs.

Moins tragique est le cas d'intoxication par les vapeurs de brome rapporté à la Société de médecine berlinoise (séance du 6 novembre) par M. Bruck. C'est un garçon de dix-neuf ans qui, après avoir été exposé dans la matinée aux vapeurs de brome, est pris dans la soirée de diarrhée avec vomissements et coliques violentes. Dans la nuit il eut quatre ou cinq selles, puis, le lendemain matin, il fut pris de démangeaisons dans tout le corps. L'examen montra sur tout le corps un exanthème particulier ressemblant un peu à la rougeole et un peu à l'urticaire. L'urine examinée ne contenait pas

de brome. Les accidents se calmèrent du reste très rapidement et le malade guérit en quelques jours.

Je citerai encore à la même Société le cri d'alarme jeté par M. Lassar au sujet de la propagation de la lèpre en Allemagne. L'intérêt de sa communication n'est pas dans les deux cas de lèpre qu'il a présentés à cette occasion, mais justement dans la fait qui, à juste raison, préoccupe tant M. Lassar. Au siècle dernier, et il y a encore peut-être encore vingt ou quinze ans, la lèpre était tout à fait inconnue en Allemagne, et voilà que depuis quelque temps les cas se multiplient d'une façon très inquiétante. Elle viendrait des provinces baltiques de la Russie où, à son tour, elle a été importée de Suède et de Norvège où elle est encore très répandue. M. Lassar réclame des mesures énergiques, très énergiques pour arrêter tant qu'il est encore temps la propagation de la maladie, et il cite à l'appui les îles Sandwich, où la lèpre, inconnue dans le temps et importée par deux Chinois, fait annuellement des milliers de victimes.

AUTRICHE

Série de présentations fort intéressantes au Club médical de Vienne (séance du 13 novembre).

M. Neurath a montré trois enfants avec des paralysies cérébrales consécutives à la coqueluche. Le premier, un garçon de dix-huit mois, présente une hémiplegie, cérébrale gauche survenue au cours de la coqueluche. Le second enfant, âgé de deux ans et demi, a été pris à la sixième semaine de sa coqueluche de convulsions suivies de paralysie des quatre membres, laquelle paralysie se dissipa graduellement au bout de quelque temps, mais actuellement il persiste encore une paralysie facile et les réflexes tendineux sont encore exagérés. Dans le troisième cas enfin, l'hémiplegie s'est développée graduellement et progressivement au cours de la coqueluche.

Rien dans l'histoire et la marche de la coqueluche, comme de l'hémiplegie, ne fait présumer l'existence d'une embolie ou d'une hémorragie cérébrale. Aussi M. Neurath n'hésite-t-il pas à attribuer l'hémiplegie cérébrale à une sorte d'encéphalite comme on en observe dans les maladies infectieuses, dans l'influenza par exemple.

Non moins intéressant est le malade présenté par M. Weiss sur lequel il est fort difficile de coller une étiquette. Tétanie ou tabes ou enfin syringomyélie, tels sont les trois diagnostics, qui ont été faits par les trois membres qui ont connu le malade.

Le cas est, en effet, fort embrouillé. Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, qui est venu consulter M. Weiss pour une hyperesthésie extrêmement vive à l'épaule droite, et des accès de convulsions survenant de temps en temps dans le membre supérieur droit et précédées de vertiges. A l'examen on trouve à côté de cette hyperesthésie, une sensibilité de la colonne vertébrale, à droite de l'inégalité pupillaire avec réaction normale des pupilles à la lumière, mais réaction s'épuisant assez vite; un léger affaiblissement de la force musculaire des membres du côté droit; pas d'exagération des réflexes, pas d'ataxie. En se basant sur ce fait que les convulsions peuvent être provoquées par le plus léger attouchement de la zone hyperesthésiée et s'accompagnent d'une transpiration abondante comme en tétanie, M. Weiss a soutenu le diagnostic de tétanie, à l'exclusion de celui de tabes cervical et de syringomyélie segmentaire. Pourtant M. Redlich, qui connaît le malade depuis six ans, a été d'un avis contraire et a soutenu qu'avant tout il fallait exclure le diagnostic de tétanie en faveur peut-être de l'hystérie traumatique, peut-être encore de la syringomyélie, mais surtout, et avant tout, en faveur du tabes, car depuis six ans le malade se plaint de douleurs fulgurantes et à plusieurs reprises a eu des troubles vésicaux. Enfin M. Schlesinger croit aussi peu à la tétanie qu'au tabes et croit que l'analyse des symptômes, surtout les troubles de la sensibilité laissent le choix entre trois diagnostics: la syringomyélie, la spondylite ou l'hématomyélie.

RUSSIE

N. Stoukventoff a rapporté à la Société des médecins de l'hôpital Golitzinsky, de Saint-Petersbourg, un cas intéressant de cancer des capsules surrénales. La malade, âgée de cinquante ans, de santé jusque-là excellente, prit froid en novembre 1894 et eut alors un point de côté intense, de la fièvre, de la toux; après une courte amélioration, son état s'aggrava de nouveau et la malade entra à l'hôpital. Là on trouva à l'examen de la matité et des râles crépitants dans presque tout le poulmon droit, et aussi dans le poulmon gauche, mais ici les râles étaient moins abondants. Le foie était très hypertrophié et son bord inférieur arrivait jusqu'à l'épine iliaque; cet organe était lisse, régulier, mais très douloureux. Léger mouvement fébrile. Expectoration sanguinolente; dyspnée et point de côté de droite extrêmement violent. Léger oedème des jambes et légère albuminurie. Battements cardiaques et pouls normaux.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, la dyspnée augmentait rapidement, tandis que la lésion pulmonaire s'étendait moins bruyamment; les douleurs hépatique et pulmonaire s'étaient calmées. La mort est arrivée par dyspnée et cyanose.

A l'autopsie on trouva un cancer de la capsule surré-

nale droite, et des métastases très nombreuses dans les poumons et le foie; le néoplasme surrénal, assez volumineux, a laissé le tissu rénal absolument intact.

Ce cas est donc intéressant : d'abord par l'absence de mélanodermie; ce qui prouve que les capsules surrénales peuvent être lésées sans qu'on observe le syndrome d'Addison; puis par l'absence d'asthénie et de troubles gastro-intestinaux; il est intéressant aussi par l'absence de l'expectoration gelée de grosseille, qu'on donne comme caractéristique du cancer pulmonaire.

ANGLETERRE

Les complications cérébrales de l'otite moyenne ont fait l'objet d'une importante communication de **William Macewen** à la session annuelle de la *British medical Association*. L'auteur a étudié trois points principaux : 1) le diagnostic différentiel des abcès du cerveau et du cercelet; 2) l'importance de la tuberculose de l'oreille moyenne; 3) les mesures prophylactiques à prendre pour éviter l'infection.

Diagnostic différentiel des abcès du cerveau et du cercelet. — En présence d'un abcès intracrânien, quand on hésite à localiser la lésion, soit dans le cerveau, soit dans le cercelet, on a recours, pour trancher la question, à l'épreuve de la conductibilité du son à travers les parois osseuses. Si cette conductibilité existe, on dit que l'abcès est dans le cerveau; si elle a disparu, on diagnostique un abcès cérébelleux. Ce raisonnement *a priori* est fondé, dit William Macewen, sur une double erreur. Tout d'abord, on admet que la propagation des microorganismes au cercelet se fait à travers l'oreille interne, et, ensuite, que les lésions d'ordre infectieux qui se développent ainsi tout autour du nerf auditif aboliraient la perception osseuse. Les faits sont contre ces deux hypothèses.

D'abord, les abcès cérébelleux sont dus, en règle générale, à la propagation du processus infectieux à travers le sinus latéral, et non par la voie de l'oreille interne, si bien, que les nerfs de la 7^e et de la 8^e paires restent indemnes dans leur trajet pétreux; si la perception auditive n'est pas abolie par l'effet des lésions de la caisse, les sons seront encore perçus, même à distance, et pourtant un abcès cérébelleux pourra exister concomitamment.

En second lieu, le processus infectieux suivrait-il l'oreille interne, que la conductibilité osseuse pourrait rester intacte. Ainsi un malade atteint de leptoménigite suppurée, due à une otite moyenne également suppurée, avait conservé la conductibilité osseuse. A l'autopsie, on trouva, outre les lésions méningitiques habituelles, un œdème très marqué des nerfs auditif et facial, qui étaient, l'un et l'autre, doublés de volume et entourés d'exsudat purulent. Il semble donc que, dans ce cas, la perception auditive eût dû être complètement abolie; elle était pourtant conservée. Dans un autre cas, toute perception était abolie; or l'abcès siégeait, non dans le cercelet, mais dans le cerveau.

La conclusion à tirer de ces faits, c'est que le diagnostic différentiel de l'abcès cérébral et de l'abcès cérébelleux ne saurait être basé sur la présence ou la disparition de la conductibilité osseuse.

Tuberculose de l'oreille moyenne. — William Macewen pense que l'attention n'a pas été suffisamment attirée, jusqu'ici, sur l'importance de la tuberculose de l'oreille moyenne et ses rapports avec les lésions cérébrales. L'otite moyenne tuberculeuse se développe insidieusement, sans douleur bien vive, donnant naissance à un très léger écoulement muqueux. Parfois, l'affection peut progresser sans amener la perforation de la membrane du tympan. Aussi voit-on, en certain cas, la propagation des lésions tuberculeuses se faire du côté des méninges, en particulier chez l'enfant, dont les sutures ouvertes permettent un passage plus facile. L'auteur a observé deux cas qui viennent à l'appui de ces idées. Chez deux enfants, morts de méningite tuberculeuse, il a vu que le point de départ des lésions était manifestement un foyer tuberculeux de l'oreille moyenne; la propagation s'était faite directement à travers la suture pétroscapulaire non oblitérée.

W. Macewen insiste ensuite sur l'excellent terrain de développement que fournissent les lésions tuberculeuses de l'oreille à tous les microbes pyogènes qui, s'ils trouvent une brèche, si petite soit-elle, envahiront aussitôt la cavité crânienne. Ainsi, l'otite tuberculeuse peut occasionner une méningite de même nature, par propagation directe, et des complications infectieuses banales, en favorisant le développement des germes et leur accès dans la cavité crânienne, dont les parois sont plus ou moins détruites par les lésions auxquelles elle a donné naissance.

Mais là ne se bornent pas les complications de l'otite tuberculeuse. Le bacille peut envahir les parois du sinus latéral, ou d'autres vaisseaux voisins, pénétrer de la sorte dans le torrent de la circulation, et provoquer de ainsi une tuberculose miliaire des poumons ou d'autres organes. Le sinus latéral peut être assez fréquemment envahi par les lésions tuberculeuses, d'après l'auteur qui, à l'autopsie d'un homme mort de tuberculose pulmonaire miliaire, trouva le sinus latéral entouré de granulations tuberculeuses. La paroi antérieure de

ce sinus était ramollie et infiltrée de foyers tuberculeux dont l'un était infiltré.

Mesures prophylactiques à prendre pour éviter l'infection. — Enfin, W. Macewen insiste sur la nécessité d'une antisepsie parfaite pour éviter les complications infectieuses au cours des otites tuberculeuses. Il recommande, en particulier, la désinfection rigoureuse des instruments, si l'on veut éviter de transporter, d'une oreille à une autre, des germes infectants.

FORMULAIRE PRATIQUE

Broncho-pneumonie chez les enfants.

Dans la broncho-pneumonie chez les enfants, le Dr Marfan conseille, pour combattre l'intoxication générale, l'emploi de bains froids qui souvent réussissent merveilleusement.

Dans l'exposé que nous avons fait de ce traitement¹, il est parlé des tractions rythmées de la langue. Il ne faudrait pas croire que M. Marfan emploie ce procédé contre l'asphyxie broncho-pneumonique : dans les formes graves, traitées par le bain froid, il peut arriver que les enfants, sous l'influence de l'eau froide, soient pris d'une apnée réflexe fort inquiétante; c'est contre ce phénomène que les tractions rythmées de la langue peuvent être employées avec succès.

Sciatique.

M. TROUSSEVITCH rapporte trois cas de *sciatique* rebelles à tous les traitements tant internes qu'externes, et guéris très rapidement, en l'espace de quelques jours, par l'emploi de *nitro-glycérine* administrée sous forme de gouttes :

Solution alcoolique au 100 ^e de	
nitro-glycérine	2 grammes.
Teinture de capsicum	6 —
Eau de menthe	12 —

f. s. a. A prendre, trois fois par jour, 5 gouttes dans une cuillerée d'eau pendant les trois premiers jours, et 10 gouttes, trois fois par jour, pendant les jours suivants.

Douleurs névralgiques.

Contre les *douleurs névralgiques*, M. SABBATANI emploie avec succès les badigeonnages *loco dolenti*, faits avec la solution suivante :

Menthol	à 1 gramme.
Gaïacol	—
Alcool absolu	18 grammes.

Les badigeonnages, au nombre de deux ou trois dans les vingt-quatre heures, sont faits avec un pinceau imbibé de cette solution, avec lequel on frotte les parties douloureuses que l'on recouvre ensuite de ouate. Pour chaque badigeonnage on emploie 4 grammes environ de solution.

Polydypsie diabétique.

Acide citrique	5 grammes.
Glycérine	20 à 30 —
Eau distillée	1000 —

A prendre par petites quantités dans les vingt-quatre heures.

Coqueluche.

Voici, d'après M. FIERTZ, les règles qui doivent présider à l'administration du bromoforme dans le traitement de la coqueluche :

1^o Chez les enfants au-dessous de dix ans on donnera, toutes les six heures, autant de gouttes de bromoforme que l'enfant compte d'années plus deux; le bromoforme sera donné le mieux dans un peu d'eau sucrée;

2^o Si, au bout de huit jours, le nombre et l'intensité des quintes ne sont pas diminués, chaque dose sera augmentée de 1 ou 2 gouttes;

3^o Après la disparition des quintes, le bromoforme sera continué encore pendant quinze jours, puis on diminuera très rapidement les doses, afin de ne pas interrompre le traitement d'un coup. Si les quintes se produisaient seulement la nuit, le médicament ne sera administré que toutes les huit heures.

Ménorrhagies.

Le chlorhydrate d'hydrastinine peut être employé contre les ménorrhagies sous la forme d'injections sous-cutanées. La formule de la solution est la suivante.

Chlorhydrate d'hydrastinine	1 gramme.
Eau distillée	10 —

Deux ou trois jours avant l'époque menstruelle on fait des injections de 30 centigrammes; on les continue pendant la durée de l'époque, en augmentant la dose, si c'est nécessaire, jusqu'à un gramme, c'est-à-dire le contenu d'une seringue entière. Sous l'influence de ces injections l'écoulement sanguin diminue et devient régulier.

Le chlorhydrate d'hydrastinine ne provoque pas de contractions utérines douloureuses, ni de vomissements.

Il ne présente aucun des inconvénients des médicaments analogues.

Avec les injections d'hydrastinine, on n'observe pas de troubles digestifs, pas de diarrhée; à peine, quand le traitement se prolonge au delà de huit jours, la malade accuse-t-elle la sensation d'un goût amer dans la bouche.

Au niveau de l'injection persiste une coloration jaune, provoquée par la diffusion de la substance colorante dans le protoplasma des cellules épidermiques, comme dans les préparations histologiques soumises à une solution d'acide picrique.

Gastralgie et dyspepsie intestinale des neurasthéniques.

A. Robin emploie avec succès chez ces malades les gouttes suivantes.

Teinture de rhubarbe	à 3 grammes.
— de valériane	
— de colombo	
— d'ipéca	à 1 gramme.
— d'opium	

f. s. a. Six gouttes dans une cuillerée d'eau, à prendre quelques minutes avant chaque repas.

BIBLIOGRAPHIE

MM. Charpy, Nicolas, Prenant, Poirier et Jonnesco. — *Traité d'anatomie humaine*, publié sous la direction de Paul Poirier. (BATAILLE et Cie, édit., Paris, 1896.)

Le sixième fascicule de ce grand *Traité d'anatomie humaine* vient de paraître : c'est un gros volume de 550 pages, illustré de 312 dessins originaux, et consacré tout entier à l'étude de la Myologie. Conformément au plan adopté pour les diverses parties de l'anatomie, la myologie est précédée d'une courte préface embryologique, dans laquelle le professeur Prenant, de Nancy, expose, en termes clairs, le développement des muscles (10 pages et 9 figures).

Les quarante pages suivantes contiennent un exposé de l'histologie générale du système musculaire, par le professeur Nicolas, de Nancy : soixante figures, dues pour la plupart à la fine plume de M. Leuba, permettent de suivre et de comprendre ce chapitre d'anatomie générale dont nous ne saurions trop louer la perfection de forme et de fond.

Le reste du volume, dans lequel la myologie descriptive est exposée avec l'originalité, la précision et la clarté qui caractérisent le très actif chef des travaux de la Faculté, appartient proprement à M. Poirier. Nous disons appartenir; car, comme il l'a déjà fait pour les os et les articulations, l'auteur s'est attaché à présenter d'une façon nouvelle et complète les muscles, sujet bien rebattu, sur lequel, semblait-il, il ne restait plus rien à dire de neuf ou d'intéressant. Complétant les notions acquises par ses devanciers, et leur ajoutant le fruit de ses travaux personnels, M. Poirier nous donne une myologie aussi originale que vivante.

Nous retrouvons, d'ailleurs, un grand nombre de idées nouvelles émises ou adoptées par M. Poirier dans les dernières éditions des nouveaux traités d'anatomie, ce qui n'est pas fait pour lui être désagréable.

De très belles planches, par Paul Richer, illustrent chaque page de cet intéressant volume; nous remarquons avec plaisir que ces planches visent moins l'effet grossier, résultant de l'opposition des couleurs, que la parfaite exactitude de la forme et des insertions. A notre sens, ces images eussent gagné à n'être point surchargées d'une coloration rougeâtre; cependant, leur mérite principal de reproduire avec une exactitude scrupuleuse le contour du muscle, son relief, tel qu'il se présente sur le vivant, reste entier et fait honneur à l'artiste doublé d'un anatomiste.

Nous reprocherons à M. Poirier la recherche de certains détails : passe encore pour quelques muscles, diaphragme, muscles de la main et du pied, muscles de la face, etc., à propos desquels il y avait beaucoup à faire et à refaire; mais pour le commun des muscles, était-il bien nécessaire de tant approfondir? Enfin, mieux vaut trop que trop peu. Sachons-lui gré, en revanche, de n'avoir point sacrifié la physiologie, dont la place vraie est à la suite de chaque muscle ou groupe musculaire, et de lui avoir accordé l'importance qu'elle mérite.

Quelques chapitres valent d'être mentionnés à part, tels ceux qui traitent des *synoviales de la main et des doigts*, des *aponévroses du cou et de l'abdomen*. L'étude des synoviales a été complètement refaite par M. Poirier : nous ne saurions dire si les dissections critiques confirmeront les détails originaux et tout nouveaux résultant des recherches personnelles de l'auteur; nous pouvons seulement affirmer que la description s'élève par sa clarté en un sujet où elle n'est pas ordinaire.

Les aponévroses du cou et de l'abdomen sont du professeur Charpy (de Toulouse) qui y expose la critique des travaux récents, de provenance allemande, et le résultat de ses recherches personnelles.

En somme, ce volume de myologie fait le plus grand honneur à ses auteurs; avec les autres volumes de ce traité, il constitue une œuvre anatomique de premier ordre.

F. JAYLE.

Belle occasion : SAPPEY, *Traité d'anatomie descriptive*, 4^e et dernière édit., 4 v., in-8^e avec 963 fig., au lieu de 65, net 25 fr. franco. SAPPEY, *Traité d'anatomie générale*, comprenant l'étude des tissus et des éléments, 1 v., in-8^e avec 285 fig., au lieu de 25, net 6 fr. franco. Les deux ouvrages pris ensemble : 30 fr. franco pour la France, la Belgique, la Suisse et l'Allemagne; pour les autres pays 32 fr., envoi contre mandat postal à la Librairie Viot frères, 30, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — Imprimerie L. MARETHUEUX, 1, rue Cassette.

1. Voy. *British med. Journ.*, 16 nov. 1895, p. 1228.

2. Voir *Presse médicale*, p. CLXXV, 13 novembre 1895.